



Deutschland

ANTRAG FÜR DIE AUSSTELLUNG EINES TAUGLICHKEITSZEUGNISSES

EMPIC GmbH

BITTE IN DRUCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN, ANLEITUNG BEACHTEN

Vertraulich

(1) Staat, der die Lizenz erteilt hat oder erteilen soll:		(2) Beantragte Tauglichkeit:		☐ 1	☐ 2	☐ LAPL	☐ Sonstige
(3) Familienname:		(4) Früherer Familienname:		(12) Antrag auf:			
(5) Vorname:		(6) Geburtsdatum:		(7) Geschlecht:		☐ Erstuntersuchung	
(8) Geburtsort und -staat:		(9) Staatsangehörigkeit:		☐ männlich		☐ weiblich	
(10) Ständiger Wohnsitz:		(11) Postanschrift (sofern mit Frage 10 nicht ident.):		(13) Referenznummer:			
Telefonnummer: Mobiltelefonnr.: E-Mail:		Telefonnummer:		(14) Luftfahrerlizenz die Sie halten oder erwerben möchten:			
(18) Welche Lizenz besitzen Sie (Art):		Lizenznummer:		Ausstellungsstaat:		(15) Beruf (Hauptberuf):	
(20) Hat Ihnen jemals ein Fliegerarzt ein Tauglichkeitszeugnis nicht ausgestellt, oder wurde Ihnen jemals ein Tauglichkeitszeugnis von einer Behörde widerrufen oder wurde Ihnen jemals ein Solches erst nach einer Konsultation/Verweisung/Zweitüberprüfung ausgestellt?		Datum:		Staat:		(16) Arbeitgeber:	
☐ Nein		☐ Ja		Einzelheiten:		(17) Letzte Tauglichkeitsuntersuchung: Datum: Ort:	
(24) Flugunfälle oder meldepflichtige Störungen seit der letzten Tauglichkeitsuntersuchung?		Datum:		Ort:		(19) Auflagen, Beschränkungen, Ausnahmeregelungen in Lizenz oder Tauglichkeitszeugnis: ☐ Nein	
☐ Nein		☐ Ja		Einzelheiten:		☐ Ja	
(27) Trinken Sie Alkohol?		☐ Nein		☐ Ja, Menge		(21) Gesamtflugzeit:	
(28) Nehmen Sie gegenwärtig Medikamente?		☐ Nein		☐ Ja		(22) Flugstunden seit der letzten Tauglichkeitsuntersuchung:	
Medikament, Dosis, seit wann, Grund:						(23) Derzeit geflogener Flugzeugtyp:	
						(25) Beabsichtigte fliegerische Tätigkeit:	
						(26) Gegenwärtige fliegerische Tätigkeit:	
						☐ Einmannbesatzung	
						☐ Mehrmannbesatzung	
						(29) Rauchen Sie?	
						☐ Noch nie	
						☐ Wann aufgehört	
						☐ Art und Menge:	

Allgemeine und medizinische Vorgeschichte: Haben oder hatten Sie jemals eine der folgenden Erkrankungen/Auffälligkeiten? Jede Frage muss mit ja oder nein beantwortet werden. Antworten mit ja bitte unter Bemerkungen (30) näher erläutern.

	Ja	Nein		Ja	Nein		Ja	Nein		Ja	Nein
(101) Augenerkrankungen / Augenoperationen	☐	☐	(112) Nasen- / Rachenerkrankung oder Sprachstörung	☐	☐	(123) Malaria oder andere Tropenkrankheit	☐	☐	Familienvorgeschichte		
(102) Haben Sie jemals Brille oder Kontaktlinsen getragen?	☐	☐	(113) Schädel-Hirntrauma / Gehirnerschütterung	☐	☐	(124) Positiver HIV-Test	☐	☐	(170) Herzerkrankungen	☐	☐
(103) Änderung der Brillen- /Kontaktlinsenstärke seit der letzten Untersuchung	☐	☐	(114) Häufige oder starke Kopfschmerzen	☐	☐	(125) Geschlechtskrankheit	☐	☐	(171) Bluthochdruck	☐	☐
(104) Allergie oder Heuschnupfen	☐	☐	(115) Schwindel oder Ohnmachtsanfälle	☐	☐	(126) Schlafstörung / Schlaf-Apnoe-Syndrom	☐	☐	(172) Fettstoffwechselstörung	☐	☐
(105) Asthma oder Lungenerkrankungen	☐	☐	(116) Bewusstlosigkeit	☐	☐	(127) Muskel-Skelett-Erkrankung / Beeinträchtigung	☐	☐	(173) Epilepsie	☐	☐
(106) Herz- / Gefäßerkrankungen	☐	☐	(117) Neurologische Erkrankungen: Schlaganfall, Epilepsie, Krampfanfall, Lähmung, etc.	☐	☐	(128) Sonstige Erkrankung oder Verletzung	☐	☐	(174) Geisteskrankheit oder Selbsttötung	☐	☐
(107) Zu hoher oder zu niedriger Blutdruck	☐	☐	(118) Psychische oder psychiatrische Störung / Erkrankung	☐	☐	(129) Krankenhausaufenthalt	☐	☐	(175) Zuckerkrankheit	☐	☐
(108) Nierensteine oder Blut im Urin	☐	☐	(119) Alkohol-, Drogen- oder Medikamenten-Missbrauch	☐	☐	(130) Arztbesuch seit der letzten Tauglichkeitsuntersuchung	☐	☐	(176) Tuberkulose	☐	☐
(109) Diabetes, hormonelle Störungen	☐	☐	(120) Selbsttötungsversuch oder Selbstverletzung	☐	☐	(131) Verweigerung einer Lebensversicherung	☐	☐	(177) Allergie/Asthma/Ekzem	☐	☐
(110) Magen-, Leber- oder Darmerkrankung	☐	☐	(121) Behandlungsbedürftige Reisekrankheit	☐	☐	(132) Verweigerung einer fliegerischen Lizenz	☐	☐	(178) Erbkrankheiten	☐	☐
(111) Taubheit oder Ohrenerkrankung	☐	☐	(122) Anämie, Sichelzellenanämie oder andere Bluterkrankungen	☐	☐	(133) Medizinisch bedingte Abweisung oder Entlassung vom Militärdienst	☐	☐	(179) erhöhter Augeninnendruck	☐	☐
						(134) Bezug einer Rente oder Versicherungsleistung wg. Unfall oder Krankheit	☐	☐	Nur von Frauen zu beantworten		
									(150) Gynäkologische Erkrankung oder Menstruationsstörung	☐	☐
									(151) Besteht eine Schwangerschaft?	☐	☐

(30) Bemerkungen (stets vollständig angeben):

(31) **Erklärung:** Hiermit erkläre ich, dass ich die obigen Angaben sorgfältig und nach bestem Wissen und Gewissen vollständig und wahrheitsgemäß abgebe und weder wichtige Informationen verschwiegen noch irreführende Angaben gemacht habe. Mir ist bewusst, dass die Genehmigungsbehörde die Ausstellung eines Tauglichkeitszeugnisses verweigern oder bereits erteilte Tauglichkeitszeugnisse widerrufen kann, wenn ich im Zusammenhang mit diesem Antrag falsche oder irreführende Angaben gemacht habe oder ergänzende medizinische Informationen zurückgehalten habe. Dies gilt unbeschadet sonstiger Maßnahmen nach nationalem Recht.

Einwilligung zur Weitergabe der medizinischer Informationen: Hiermit stimme ich der Weitergabe aller in diesem Bericht enthaltenen Informationen und aller Anlagen an den flugmedizinischen Sachverständigen - wenn erforderlich - an den medizinischen Sachverständigen meiner Genehmigungsbehörde, den medizinischen Sachverständigen der Genehmigungsbehörde meines flugmedizinischen Sachverständigen und an Fachärzte und Angehörige sonstiger Gesundheitsberufe zum Zweck der Durchführung einer flugmedizinischen Beurteilung oder einer Zweitüberprüfung (secondary review) zu. Ich nehme zur Kenntnis, dass diese Unterlagen oder elektronisch gespeicherten Daten für die medizinische Beurteilung verwendet werden sollen und in das Eigentum der Genehmigungsbehörde übergehen und dort verbleiben, vorausgesetzt, dass mir oder meinem Arzt in Übereinstimmung mit nationalen Rechtsvorschriften Einsicht gewährt wird. Die ärztliche Schweigepflicht ist jederzeit gewährleistet.

MITTEILUNG DER OFFENLEGUNG PERSÖNLICHER DATEN: Hiermit bestätige ich, dass ich darüber informiert wurde und mir bewusst ist, dass die in meinem flugmedizinischen Tauglichkeitszeugnis gemäß ARA.MED.130 enthaltenen Daten elektronisch gespeichert und meinem flugmedizinischen Sachverständigen zur Verfügung gestellt werden können, um die in MED.A.035 (b)(2)(ii)/(iii) geforderten Daten zur Vorgeschichte bereitzustellen, sowie den medizinischen Sachverständigen der Genehmigungsbehörden der Mitgliedsstaaten, um die Durchsetzung von ARA.MED.150(c)(4) zu ermöglichen.

Datum	Unterschrift des Antragstellers	Unterschrift des flugmedizinischen Sachverständigen	Name und Anschrift des flugmedizinischen Sachverständigen:
-------	---------------------------------	---	--